



Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento uniforme delle prestazioni)

Modifica del 22 dicembre 2023

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità
del Consiglio nazionale del 5 aprile 2019¹;
visto il parere del Consiglio federale del 14 agosto 2019²,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994³ sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 16 cpv. 3^{bis}

^{3bis} Le tasse di rischio e i contributi compensativi sono calcolati previa deduzione del contributo cantonale al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di cui all'articolo 60.

Art. 18 cpv. 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, primo periodo

^{2sexies} Essa calcola e riscuote il contributo cantonale e il contributo federale di cui all'articolo 60 e li suddivide fra gli assicuratori conformemente all'articolo 60a. A tal fine istituisce un comitato autonomo specializzato nel quale i Cantoni sono adeguatamente rappresentati.

^{2octies} Essa può assumere dai Cantoni ulteriori compiti d'esecuzione contro indennità.

⁵ Per finanziare l'esecuzione dei compiti secondo i capoversi 2, ^{2sexies} e 4, gli assicuratori devono versare contributi all'istituzione comune, a carico dell'assicurazione sociale malattie. ...

1 FF 2019 2879
2 FF 2019 4765
3 RS 832.10

Art. 21 Dati degli assicuratori

¹ Gli assicuratori sono tenuti a trasmettere regolarmente all'UFSP e ai Cantoni i dati necessari per l'adempimento dei rispettivi compiti secondo la presente legge.

² I dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Il Consiglio federale può prevedere che debbano essere trasmessi inoltre i dati di ogni assicurato nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei seguenti compiti e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo:

- a. all'UFSP, per sorvegliare l'evoluzione dei costi secondo il tipo di prestazione e il fornitore di prestazioni, nonché elaborare le basi decisionali per misure volte a contenere l'evoluzione dei costi;
- b. all'UFSP, per analizzare gli effetti della legge e della sua esecuzione, nonché elaborare le basi decisionali in vista di modifiche della legge e della sua esecuzione;
- c. all'UFSP, per valutare la compensazione dei rischi;
- d. ai Cantoni, per esercitare la vigilanza sui fornitori di prestazioni, assicurare una pianificazione che copra i fabbisogni di ospedali, case di cura e case per partorienti, nonché per determinare i numeri massimi di medici.

³ L'UFSP e i Cantoni sono responsabili affinché nell'ambito dell'utilizzazione dei dati sia garantito l'anonimato degli assicurati.

⁴ L'UFSP mette i dati rilevati a disposizione dei fornitori di dati, dei Cantoni, della ricerca, della scienza e del pubblico.

⁵ Con il concorso dei Cantoni e degli assicuratori e nel rispetto del principio di proporzionalità, il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate sul rilevamento, il trattamento e la trasmissione dei dati di cui al capoverso 1.

Art. 25 cpv. 2 lett. a, frase introduttiva

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure eseguiti ambulatoriamente, in ospedale o in una casa di cura:

*Art. 25a**Abrogato**Art. 33 cpv. 2^{bis} e 2^{ter}*

^{2bis} Nel definire le cure tiene conto delle esigenze delle persone affette da patologie complesse e di quelle che necessitano di cure palliative. Determina quali cure possano essere dispensate senza prescrizione o indicazione di un medico.

^{2ter} Disciplina la procedura di determinazione del bisogno terapeutico e il coordinamento tra i medici curanti e gli infermieri.

Art. 41 cpv. 1, primo periodo, 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}–2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, secondo–quarto periodo

¹ In caso di esami, terapie e cure eseguiti ambulatoriamente o in una casa di cura, l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. ...

^{1bis} In caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante in un elenco, ma non in quello del Cantone di domicilio, l'assicuratore assume la remunerazione come segue:

- a. al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio;
- b. al massimo secondo la tariffa del fornitore di prestazioni scelto, se:
 1. vi è un caso d'urgenza, o
 2. il Cantone di domicilio ha previamente autorizzato la cura presso il fornitore di prestazioni scelto; esso rilascia l'autorizzazione se nessun ospedale figurante nel suo elenco offre le prestazioni necessarie.

^{1ter} Eccezion fatta per la lettera b, il capoverso ^{1bis} si applica per analogia alle case per partorienti.

^{2bis} Il capoverso ^{1bis} si applica per analogia alla remunerazione per una cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco prestata ai seguenti assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito:

- a. i frontalieri e i loro familiari;
- b. i familiari dei domiciliati, dei dimoranti annuali e dei dimoranti temporanei;
- c. i beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari.

^{2ter} Per gli assicurati di cui al capoverso ^{2bis}, per Cantone di domicilio ai sensi della presente legge si intende il Cantone con cui hanno un rapporto.

^{2quater} Per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito e percepiscono una rendita svizzera e per i loro familiari, in caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco l'assicuratore assume una remunerazione al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento. Il Consiglio federale designa il Cantone di riferimento. In caso d'urgenza, l'assicuratore assume una remunerazione secondo la tariffa applicata nel Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni.

3 e ^{3bis} *Abrogati*

⁴ ... Le prestazioni obbligatorie per legge sono assicurate in ogni caso. L'assicuratore deve assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate dai fornitori di prestazioni ai quali l'assicurato ha circoscritto il diritto di scelta; non deve assumere i costi delle prestazioni che sono effettuate o ordinate da altri fornitori di prestazioni, tranne nel caso in cui abbia previamente accordato la garanzia speciale o vi sia un

caso d'urgenza. L'assicuratore accorda la garanzia speciale se la cura non può essere dispensata dai fornitori di prestazioni da lui scelti.

Art. 42 cpv. 2, secondo periodo, e 3

² ... In deroga al capoverso 1, in caso di cura ospedaliera l'assicuratore è debitore della remunerazione.

³ Il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante il fornitore di prestazioni trasmette all'assicurato, senza che questi debba farne richiesta, una copia della fattura inviata all'assicuratore. Il fornitore di prestazioni e l'assicuratore possono convenire che tale trasmissione incomba all'assicuratore. La trasmissione può avvenire anche per via elettronica. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

Art. 47a, rubrica, nonché cpv. 1, 3–5 e 7

Organizzazioni per le strutture tariffali nel settore delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di cura

¹ In collaborazione con i Cantoni, sia le federazioni dei fornitori di prestazioni, sia quelle degli assicuratori istituiscono un'organizzazione competente per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture tariffali nel settore delle cure mediche ambulatoriali e in quello delle prestazioni di cura fornite ambulatorialmente o in una casa di cura. Le federazioni dei fornitori di prestazioni, quelle degli assicuratori e i Cantoni sono equamente rappresentati negli organi dell'organizzazione responsabile della struttura tariffale che li concerne.

³ Se tale organizzazione manca o non corrisponde alle condizioni legali, il Consiglio federale la istituisce per le federazioni dei fornitori di prestazioni e per quelle degli assicuratori nonché per i Cantoni.

⁴ Se le federazioni dei fornitori di prestazioni, quelle degli assicuratori e i Cantoni non si accordano sui principi relativi alla forma, all'esercizio e al finanziamento di un'organizzazione, il Consiglio federale stabilisce tali principi dopo aver sentito le organizzazioni interessate.

⁵ I fornitori di prestazioni e gli assicuratori comunicano gratuitamente alle organizzazioni i dati necessari per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture tariffali nel settore delle cure ambulatoriali.

⁷ I partner tariffali sottopongono per approvazione al Consiglio federale le strutture tariffali elaborate dalle organizzazioni e i relativi adeguamenti.

Art. 47b Comunicazione dei dati sulle tariffe nel settore delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di cura

¹ Su richiesta, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, le rispettive federazioni e le organizzazioni di cui all'articolo 47a comunicano gratuitamente al Consiglio federale o al governo cantonale competente i dati necessari per adempiere i compiti di cui agli

articoli 43 capoversi 5 e 5^{bis}, 46 capoverso 4 e 47. Il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate sul trattamento dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità.

² In caso di violazione dell'obbligo di comunicare i dati di cui al capoverso 1, il DFI o il governo cantonale competente possono prendere sanzioni contro i fornitori di prestazioni e gli assicuratori interessati, nonché contro le rispettive federazioni e le organizzazioni di cui all'articolo 47a. Le sanzioni consistono:

- a. nell'ammonizione;
- b. nella multa sino a 20 000 franchi.

Art. 47c cpv. 2^{bis}, 3, primo periodo, 5, primo periodo, e 7

^{2bis} Le misure di cui al capoverso 1 concernenti cure dispensate senza prescrizione o indicazione medica vanno integrate in convenzioni applicabili in tutta la Svizzera.

³ Le convenzioni di cui ai capoversi 2 e 2^{bis} sono sottoposte per approvazione all'autorità competente secondo il loro campo d'applicazione. ...

⁵ Le convenzioni di cui ai capoversi 2 e 2^{bis} indicano i fattori non influenzabili dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori che possono spiegare un aumento delle quantità e dei costi, segnatamente i progressi medico-tecnici, l'evoluzione socio-demografica e gli sviluppi politici. ...

⁷ Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, o le rispettive federazioni, non raggiungono un accordo in merito all'integrazione delle misure di cui al capoverso 2^{bis}, il Consiglio federale disciplina i dettagli.

Art. 49a Ospedali e case per partorienti convenzionati

¹ Con gli ospedali o con le case per partorienti che non figurano nell'elenco secondo l'articolo 41 capoverso 1^{bis}, ma che adempiono le condizioni di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettere a–c ed f, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² La remunerazione prevista nelle convenzioni non può essere superiore al 45 per cento della remunerazione di cui all'articolo 49 capoverso 1.

Art. 50 Assunzione dei costi delle prestazioni di cura fornite ambulatoriamente o da una casa di cura

¹ L'assicuratore assume i costi delle prestazioni di cura fornite conformemente all'articolo 25 capoverso 2 lettera a:

- a. da uno dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettera d^{bis} o lettera e;
- b. da una casa di cura.

² I fornitori di prestazioni di cui al capoverso 1 dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni tengono una contabilità analitica e una statistica delle

prestazioni secondo un metodo uniforme. Questi strumenti contengono tutti i dati necessari per valutare l'economicità e per la tariffazione nonché, nel caso delle case di cura, per effettuare comparazioni e per la pianificazione.

³ Il Consiglio federale definisce una struttura uniforme per il calcolo dei costi e la statistica delle prestazioni di ciascuna categoria di fornitori di prestazioni di cui al capoverso 1.

⁴ Sono svolte comparazioni a livello svizzero tra case di cura, in particolare sui costi e la qualità dei risultati medici. Le case di cura e i Cantoni devono fornire a tal fine i documenti necessari. Sentiti i Cantoni, il Consiglio federale può disciplinare lo svolgimento di tali comparazioni. Ne pubblica i risultati.

⁵ I fornitori di prestazioni di cui al capoverso 1 tengono a disposizione per consultazione la contabilità analitica e la statistica delle prestazioni, nonché la relativa documentazione. Hanno diritto di prendere visione di tali informazioni le parti alla convenzione tariffale e le autorità cui competono l'approvazione della convenzione e la definizione della tariffa.

Art. 51 cpv. 1, secondo periodo

¹ ... È fatto salvo il contributo cantonale di cui all'articolo 60.

Art. 52 cpv. 1 lett. a n. 3

¹ Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6:

a. il DFI emana:

3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati secondo gli articoli 25 capoverso 2 lettera b o per le cure di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera a che non sono dispensate nell'ambito di una cura ospedaliera ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1;

Inserire prima del titolo della sezione 6

Art. 55b Evoluzione dei costi dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m

¹ Se in un Cantone i costi annui per assicurato delle prestazioni fornite da una delle categorie di fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m aumentano più della media svizzera della categoria interessata o i costi per assicurato in tale categoria sono superiori alla media svizzera della categoria in questione, il Cantone può disporre che a nessun nuovo fornitore di prestazioni della categoria interessata sia rilasciata l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² I Cantoni designano le categorie di fornitori di prestazioni interessate secondo il capoverso 1.

Titoli prima dell'art. 60

Capitolo 5: Finanziamento

Sezione 1: Contributo cantonale

Art. 60 **Calcolo**

¹ I Cantoni partecipano al finanziamento dei costi delle prestazioni secondo la presente legge. Ogni Cantone versa a tale scopo un contributo cantonale.

² Per il calcolo del contributo cantonale sono determinanti i costi delle prestazioni che soddisfano le seguenti condizioni:

- a. si tratta di prestazioni secondo gli articoli 25–31, ad eccezione delle prestazioni remunerate in virtù di una convenzione secondo l'articolo 49a;
- b. tali prestazioni sono fornite in Svizzera alle seguenti persone:
 1. assicurati che risiedono nel Cantone interessato; in caso di cambiamento di domicilio in Svizzera, è determinante il Cantone in cui l'assicurato è domiciliato all'inizio del mese,
 2. assicurati di cui all'articolo 41 capoverso 2^{bis} che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito e per i quali, alla data di cui al numero 1, il Cantone interessato è il Cantone di domicilio ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2^{ter}.

³ La partecipazione ai costi degli assicurati secondo l'articolo 64 e i proventi delle azioni di regresso degli assicuratori secondo l'articolo 72 capoverso 1 LPG⁴ sono dedotti dai costi di cui al capoverso 2 ai fini del calcolo del contributo cantonale.

⁴ Ogni Cantone fissa per ciascun anno civile, al più tardi nove mesi prima del suo inizio, la quota percentuale del contributo cantonale. Tale quota dev'essere almeno del 26,9 per cento.

⁵ Il Consiglio federale riesamina periodicamente la quota percentuale minima del contributo cantonale di cui al capoverso 4 e riferisce in merito all'Assemblea federale.

⁶ Per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito e percepiscono una rendita svizzera, nonché per i loro familiari, la Confederazione assume, in caso di cura in Svizzera, la quotaparte ai costi che corrisponde alla quota percentuale del contributo cantonale fissata secondo il capoverso 4 dal Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. I capoversi 2 e 3 si applicano per analogia.

⁷ Gli assicuratori trasmettono all'istituzione comune (art. 18) i dati necessari al calcolo del contributo cantonale e del contributo federale.

⁸ Comunicano ai Cantoni i nominativi degli assicurati per i quali richiedono un contributo cantonale. Se ritiene di non essere il Cantone di domicilio di un assicurato o di non poter essere considerato tale ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2^{ter} e di non essere quindi tenuto a versare un contributo per le prestazioni fornite all'assicurato, il Cantone pronuncia una decisione.

⁴ RS 830.1

⁹ L'assicuratore accorda senza indugio al Cantone l'accesso gratuito ai dati inerenti alle fatture riguardanti le cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1. Il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate sul trattamento e sulla trasmissione dei dati nel rispetto del principio di proporzionalità.

¹⁰ Se ritiene che le condizioni di assunzione dei costi non siano soddisfatte, il Cantone ne informa l'assicuratore entro il termine decorrente dalla ricezione della fattura stabilito dal Consiglio federale. Se assume i costi delle prestazioni oggetto delle fatture contestate, l'assicuratore ne informa anche il Cantone. Se la prestazione assicurativa è concessa con procedura semplificata, il Cantone può chiedere la pronuncia di una decisione.

¹¹ Il Cantone è legittimato a ricorrere al tribunale delle assicurazioni di cui all'articolo 58 LPGA contro la decisione dell'assicuratore di cui al capoverso 10. Può far valere unicamente che:

- a. il fornitore di prestazioni non adempie le condizioni di autorizzazione;
- b. è applicata una tariffa non autorizzata;
- c. non sono osservate le modalità di applicazione di una tariffa.

¹² I Cantoni e la Confederazione versano il rispettivo contributo all'istituzione comune.

Inserire prima del titolo della sezione 2

Art. 60a Suddivisione fra gli assicuratori

Il contributo cantonale e il contributo federale sono suddivisi fra i singoli assicuratori in funzione dei loro costi determinanti per il calcolo del contributo cantonale e del contributo federale.

Art. 64 cpv. 5bis, 5ter, 7 lett. b e 8, primo periodo

^{5bis} Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi delle cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura. Il Consiglio federale stabilisce l'importo massimo in franchi del contributo. I Cantoni possono farsi carico del contributo in tutto o in parte.

^{5ter} Per due settimane al massimo, l'assicurato non deve alcun contributo secondo il capoverso ^{5bis} ai costi delle cure che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica (cure acute e transitorie).

⁷ L'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per:

- b. le prestazioni di cui all'articolo 25, fornite a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.

⁸ Le partecipazioni ai costi di cui ai capoversi 2 e 5 non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. ...

Art. 79a

Abrogato

Art. 82 Assistenza amministrativa e giudiziaria particolare

In deroga all'articolo 33 LPG⁵, su richiesta, gli assicuratori forniscono gratuitamente alle autorità competenti le informazioni e i documenti necessari per stabilire la riduzione dei premi.

II

Disposizioni transitorie della modifica del 22 dicembre 2023

¹ Entro quattro anni dall'entrata in vigore della modifica del 22 dicembre 2023, la quota percentuale del contributo cantonale è pari almeno a quella di cui all'articolo 60 capoverso 4. Nei quattro anni successivi all'entrata in vigore di tale modifica, la quota percentuale minima di ogni Cantone è stabilita come segue:

Cantone	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
ZH	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BE	25,0 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
LU	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
UR	27,2 %	26,2 %	25,2 %	24,5 %
SZ	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
OW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
GL	26,0 %	25,0 %	24,5 %	24,5 %
ZG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
FR	24,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SO	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BS	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
BL	25,3 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SH	25,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AR	27,8 %	26,8 %	25,8 %	24,8 %
AI	28,5 %	27,5 %	26,5 %	25,5 %
SG	26,1 %	25,1 %	24,5 %	24,5 %
GR	24,8 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %

⁵ RS 830.1

Cantone	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
AG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
TG	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
TI	24,2 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
VD	22,6 %	23,6 %	24,5 %	24,5 %
VS	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NE	23,0 %	24,0 %	24,5 %	24,5 %
GE	21,3 %	22,3 %	23,3 %	24,3 %
JU	26,4 %	25,4 %	24,5 %	24,5 %

² Sino all'abrogazione dell'articolo 25a si applicano le regole seguenti:

- le prestazioni di cui all'articolo 25a capoverso 1 non sono prese in considerazione ai fini del calcolo del contributo cantonale secondo l'articolo 60;
- le prestazioni delle cure acute e transitorie di cui all'articolo 25a capoverso 2 sono remunerate unicamente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie;
- la quota percentuale di cui all'articolo 60 capoverso 4 ammonta al 24,5 per cento;
- il diritto di regresso di cui all'articolo 72 LPG⁶ si applica per analogia al Cantone di domicilio per i contributi che ha versato secondo l'articolo 25a;
- la remunerazione delle cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura è effettuata conformemente all'articolo 25a, in deroga all'articolo 50 capoverso 1.

³ Per i primi quattro anni successivi all'entrata in vigore dell'articolo 64 capoverso 5^{bis}, il Consiglio federale stabilisce i contributi giornalieri massimi degli assicurati per le cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura in modo tale che non siano superiori a quelli previsti prima dell'entrata in vigore di detto articolo.

III

Il coordinamento con altre modifiche è disciplinato nell'allegato.

IV

¹ La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

² Qualora entro dieci giorni dalla scadenza del termine di referendum risulti che questo è decorso infruttuosamente, la presente legge entra in vigore come segue:

⁶ RS 830.1

- a. gli articoli 16 capoverso 3^{bis}, 18 capoversi 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, 21, 41 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, 42 capoversi 2 e 3, 47a capoversi 1, 3, 4, 5 e 7, 47b capoversi 1 e 2, 49a, 50, 51 capoverso 1, 55b, 60, 60a, 79a e 82, tre anni dopo la scadenza del termine di referendum, a decorrere dal 1° gennaio successivo;
- b. gli articoli 25 capoverso 2 lettera a, 25a, 33 capoversi 2^{bis} e 2^{ter}, 41 capoverso 1, 47c capoversi 2^{bis}, 3, 5 e 7, 52 capoverso 1 lettera a numero 3 e 64 capoversi 5^{bis}, 5^{ter}, 7 lettera b e 8, sette anni dopo la scadenza del termine di referendum, a decorrere dal 1° gennaio successivo; le parti alla convenzione assicurano che entro tale data vi siano tariffe concernenti le prestazioni di cura che si fondano su costi e dati uniformi e trasparenti e adempiono le condizioni legali, segnatamente per quanto concerne la copertura dei costi necessari a una fornitura efficiente delle prestazioni.

³ Qualora sia accettata in votazione popolare, la presente legge entra in vigore come segue:

- a. gli articoli 16 capoverso 3^{bis}, 18 capoversi 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, 21, 41 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, 42 capoversi 2 e 3, 47a capoversi 1, 3, 4, 5 e 7, 47b capoversi 1 e 2, 49a, 50, 51 capoverso 1, 55b, 60, 60a, 79a e 82, tre anni dopo la votazione, a decorrere dal 1° gennaio successivo;
- b. gli articoli 25 capoverso 2 lettera a, 25a, 33 capoversi 2^{bis} e 2^{ter}, 41 capoverso 1, 47c capoversi 2^{bis}, 3, 5 e 7, 52 capoverso 1 lettera a numero 3 e 64 capoversi 5^{bis}, 5^{ter}, 7 lettera b e 8, sette anni dopo la votazione, a decorrere dal 1° gennaio successivo; le parti alla convenzione assicurano che entro tale data vi siano tariffe concernenti le prestazioni di cura che si fondano su costi e dati uniformi e trasparenti e adempiono le condizioni legali, segnatamente per quanto concerne la copertura dei costi necessari a una fornitura efficiente delle prestazioni.

Consiglio nazionale, 22 dicembre 2023

Il presidente: Eric Nussbaumer
Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Consiglio degli Stati, 22 dicembre 2023

La presidente: Eva Herzog
La segretaria: Martina Buol

Esito della votazione popolare ed entrata in vigore

¹ La presente legge è stata accettata dal Popolo il 24 novembre 2024.⁷

³ Conformemente alla cifra IV capoverso 3, essa entra in vigore come segue:

- a. il 1° gennaio 2028: gli articoli 16 capoverso 3^{bis}, 18 capoversi 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, 21, 41 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, 42 capoversi 2 e 3, 47a capoversi 1, 3, 4, 5 e 7, 47b capoversi 1 e 2, 49a, 50, 51 capoverso 1, 55b, 60, 60a, 79a e 82;

⁷ FF 2025 452

- b. il 1° gennaio 2032: gli articoli 25 capoverso 2 lettera a, 25a, 33 capoversi 2^{bis} e 2^{ter}, 41 capoverso 1, 47c capoversi 2^{bis}, 3, 5 e 7, 52 capoverso 1 lettera a numero 3 e 64 capoversi 5^{bis}, 5^{ter}, 7 lettera b e 8; le parti alla convenzione assicurano che entro tale data vi siano tariffe concernenti le prestazioni di cura che si fondano su costi e dati uniformi e trasparenti e adempiono le condizioni legali, segnatamente per quanto concerne la copertura dei costi necessari a una fornitura efficiente delle prestazioni.

17 febbraio 2025

Cancelleria federale

*Allegato
(cifra III)*

Coordinamento

1. Modifica del 16 dicembre 2022 della LAMal (Legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche)

Indipendentemente dal fatto che entri prima in vigore la presente modifica della legge federale del 18 marzo 1994⁸ sull'assicurazione malattie (LAMal; cifra I) o quella contestuale alla legge federale del 16 dicembre 2022⁹ sulla promozione della formazione in cure infermieristiche (allegato n. 4), alla seconda di queste entrate in vigore o in caso di entrata in vigore simultanea delle due modifiche le disposizioni qui appresso hanno il tenore seguente:

Art. 25 cpv. 2 lett. a, frase introduttiva

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure eseguiti ambulatoriamente, in ospedale o in una casa di cura:

Art. 25a

Abrogato

Art. 52 cpv. 1 lett. a n. 3

¹ Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6:

- a. il DFI emana:
 3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati secondo gli articoli 25 capoverso 2 lettera b o per le cure di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera a che non sono dispensate nell'ambito di una cura ospedaliera ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1;

Art. 55b Evoluzione dei costi dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m

¹ Se in un Cantone i costi annui per assicurato delle prestazioni fornite da una delle categorie di fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m aumentano più della media svizzera della categoria interessata o i costi per assicurato in tale categoria sono superiori alla media svizzera della categoria in questione, il

⁸ RS 832.10

⁹ RU 2024 212

Cantone può disporre che a nessun nuovo fornitore di prestazioni della categoria interessata sia rilasciata l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² I Cantoni designano le categorie di fornitori di prestazioni interessate secondo il capoverso 1.

2. Modifica del 29 settembre 2023 della LAMal (Misure di contenimento dei costi – Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)

Indipendentemente dal fatto che entri prima in vigore la presente modifica della LAMal¹⁰ (cifra I) o quella del 29 settembre 2023¹¹ (cifra I), alla seconda di queste entrate in vigore o in caso di entrata in vigore simultanea delle due modifiche la disposizione qui appresso ha il tenore seguente:

Art. 21 cpv. 2 e 4

² I dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Il Consiglio federale può prevedere che debbano essere trasmessi inoltre i dati di ogni assicurato nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei seguenti compiti e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo:

- a. all'UFSP, per sorvegliare l'evoluzione dei costi secondo il tipo di prestazione e il fornitore di prestazioni, nonché elaborare le basi decisionali per misure volte a contenere l'evoluzione dei costi;
- b. all'UFSP, per analizzare gli effetti della legge e della sua esecuzione, nonché elaborare le basi decisionali in vista di modifiche della legge e della sua esecuzione;
- c. all'UFSP, per valutare la compensazione dei rischi;
- d. all'UFSP, per stabilire gli obiettivi in materia di costi di cui all'articolo 54;
- e. all'UFSP, per misurare gli obiettivi in materia di qualità e l'efficienza sotto il profilo dei costi;
- f. ai Cantoni, per esercitare la vigilanza sui fornitori di prestazioni, assicurare una pianificazione che copra i fabbisogni di ospedali, case di cura e case per partorienti, nonché per determinare i numeri massimi di medici.

⁴ L'UFSP mette i dati rilevati a disposizione dei fornitori di dati, dei Cantoni, della ricerca, della scienza e del pubblico.

¹⁰ RS 832.10

¹¹ FF 2024 2412